

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

393

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

Côme-Pierre-Louis GAMULIN

Né à Gelsa (Dalmatie-Autriche), le 29 Avril 1864

L'ALLAITEMENT

CHEZ LES

ALBUMINURIQUES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : { M. LANDOUZY, professeur.
 { MM. NETTER et WIDAL, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

395

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

Côme-Pierre-Louis GAMULIN

Né à Gelsa (Dalmatie-Autriche), le 29 Avril 1864

L'ALLAITEMENT

CHEZ LES

ALBUMINURIQUES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : { M. LANDOUZY, professeur.
 { MM. NETTER et WIDAL, agrégés.



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale..... }	DIEULAFOY.
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale..... }	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie..... }	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie..... }	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène..... }	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée..... }	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants..... }	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... }	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... }	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux..... }	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires..... }	GUYON.
Clinique ophthalmologique..... }	PANAS.
Clinique d'accouchement..... }	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE :

ANTOINE GAMULIN MORO

Hommage d'affection et de reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

On peut rencontrer de l'albumine dans les urines des femmes enceintes dans trois conditions différentes (Rib. Dess et Lepage).

1° La grossesse survient chez une femme ayant depuis quelque temps de l'albumine dans les urines.

2° L'albumine apparaît pour la première fois pendant la grossesse.

3° L'albumine apparaît seulement au moment du travail.

Nous ne nous occuperons pas de cette dernière catégorie de femmes. Bien que la plus fréquente, l'albuminurie est tout à fait transitoire, survient surtout au cours d'un travail long et on ne trouve plus trace d'albumine 24 ou 48 heures après l'accouchement.

Il en est tout autrement des femmes qui appartiennent aux deux autres groupes.

Leur état nécessite presque toujours un régime spécial, qui doit être parfois prolongé même quelques semaines après l'accouchement.

On se demande si ces femmes, qui ne prennent souvent que du lait, peuvent accomplir ce grand acte physiologique qu'est l'allaitement, sans danger pour elles-

mêmes et sans porter atteinte au développement naturel de l'enfant.

Il est répandu dans le monde, et beaucoup de médecins souscrivent, à cette opinion qu'une femme albuminurique, qui ne prend que du lait, ne saurait allaiter sans causer un préjudice grave à sa santé et sans nuire à son enfant.

M. le professeur Pinard s'efforce depuis de longues années à faire voir le mal fondé de cette opinion, qu'on émet le plus souvent *a priori*. En faisant la visite journalière à la clinique Baudelocque, M. le professeur Pinard nous arrêtait très souvent devant le lit de femmes albuminuriques, dont le lait était la seule nourriture. Toutes ces femmes allaitaient leurs enfants, et presque toujours l'albumine diminuait de jour en jour et finissait par disparaître tout à fait. Les enfants augmentaient de poids dans la même proportion que les enfants des autres femmes qui étaient à côté d'elles, et mères et enfants quittaient la clinique en bon état de santé.

Nous avons exprimé à M. le professeur Pinard le désir de pouvoir faire une étude complète de toutes les femmes albuminuriques qui avaient allaité leurs enfants à la clinique Baudelocque depuis sa fondation, étude qui devait fournir le travail de notre thèse inaugurale.

M. le professeur Pinard, avec sa bienveillance habituelle, s'est empressé de mettre à notre disposition tous les registres de la clinique.

Notre travail se divise en deux parties.

Dans la première partie nous donnons un exposé succinct de l'albuminurie gravidique, et dans la seconde partie nous faisons l'étude de toutes les observations sans

exception, se rapportant à des femmes albuminuriques qui ont allaité leurs enfants à la clinique Baudelocque.

Cette étude comprend 158 observations. Pour nous mettre tout à fait à l'abri du reproche qu'on aurait pu nous faire, d'avoir compris dans notre statistique des cas d'albuminurie dite du travail, nous n'avons pris en considération que les cas dans lesquels les femmes ont été soumises pendant 6 jours au moins au régime lacté absolu. Nous n'avons fait exception que pour celles, chez lesquelles l'albuminurie a été constatée pendant la grossesse et qui ont été soumises durant un certain nombre de jours de leur grossesse au régime du lait. Ces exceptions sont d'ailleurs rares.

Nous tenons à remercier M. Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique, qui nous a encouragé dans cette étude, et dont nous avons maintes fois mis à l'épreuve l'inépuisable complaisance. En emportant un souvenir précieux des leçons magistrales de M. le professeur Pinard, nous prions notre maître de vouloir bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



L'ALBUMINURIE GRAVIDIQUE

Historique. — Depuis que Blackall en 1818 signala le premier la présence de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes d'innombrables travaux se sont succédés.

Rayer en 1840 chercha à bien différencier cette albuminurie et à démontrer l'influence qu'elle pouvait avoir sur la santé de la mère et le développement du fœtus.

Après Lever, Blot en 1849 a bien établi la relation qu'il y avait entre l'albuminurie et les accès éclamptiques et montra que cette albuminurie était le plus souvent transitoire et disparaissait après l'accouchement. Cahen avait démontré en 1846 la coïncidence de l'œdème et de l'albumine dans les urines.

Fréquence. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de l'albuminurie puerpérale, cela dépend surtout de ce que beaucoup d'entre eux ont compris dans leurs statistiques l'albuminurie du travail. Quant à l'albuminurie brightique, beaucoup plus rare que l'albuminurie puerpérale, il n'est pas très souvent facile, de la séparer de cette dernière, et on a l'habitude de les comprendre ensemble.

Les chiffres que donnent les auteurs varient entre 1 femme albuminurique sur 5 femmes enceintes et 1 albuminurique sur 20 et même sur 50 femmes grosses. Nous pensons que le chiffre de 1 femme albuminurique sur 15 ou 20 femmes enceintes est celui qui se rapproche le plus de la vérité.

Étiologie. — Les primipares sont sans doute plus exposées que les multipares à devenir albuminuriques. Bien que notre statistique ne porte que sur les femmes qui ont nourri, et non sur la totalité des femmes albuminuriques, elle peut, néanmoins, vu le nombre assez considérable des cas, avoir une certaine valeur. Sur 158 femmes nous trouvons 100 primipares.

Hypolitte, Raymond soutiennent que ce sont plutôt les primipares âgées, ayant dépassé la trentaine, qui deviennent albuminuriques. Nous n'avons pas pu constater sensiblement cette assertion. Parmi les 91 primipares dont l'âge a été noté, nous n'avons trouvé que 7 qui avaient dépassé la trentaine.

L'opinion de Gowers, que c'était surtout chez les primipares très jeunes, qu'on constatait de l'albumine dans l'urine pendant la grossesse, a pu encore moins être vérifiée dans notre statistique (13 primipares au dessous de 20 ans sur 91 primipares).

De même, l'influence des saisons froides et humides, auxquelles on a fait jouer un rôle dans la production de l'albuminurie n'a pas été, dans notre cas, suffisamment appréciable. Par contre l'influence des grossesses multiples s'est faite sentir (9 sur 156).

Symptômes. — Le seul signe constant de l'albuminurie gravidique est la présence de l'albumine dans les urines.

Une femme enceinte peut être albuminurique sans présenter aucun autre symptôme inquiétant. Ainsi 90 fois sur 158, les autres signes, l'albumine exceptée, ont fait défaut. De là la nécessité d'examiner, assez souvent, surtout dans la deuxième moitié de la grossesse (l'albuminurie gravidique se montrant très rarement avant cette époque), l'urine de toute femme enceinte.

Les autres signes de l'albuminurie gravidique sont par ordre de fréquence : l'œdème, surtout l'œdème des membres inférieurs, augmentant le soir ; l'œdème des grandes lèvres ; l'œdème de la face. L'œdème peut se généraliser à tout le corps (anasarque).

La céphalée, tenace, presque toujours frontale, quelquefois très intense.

Les troubles de la vue (les éblouissements, mouches volantes, la diplopie, l'ambliopie qui peut aller jusqu'à l'amaurose).

Le signe de Chaussier, c'est-à-dire la douleur épigastrique ; nous le voyons noté assez souvent dans nos observations.

On trouve encore notés plus rarement l'épistaxis, les bourdonnements d'oreilles, les vomissements, la diarrhée.

Quand ces signes acquièrent une intensité notable, il y a menace de la complication la plus redoutable de l'albuminurie gravidique ; c'est à dire que la femme peut présenter des accès éclamptiques. Mais il faut savoir que cette

grave complication peut survenir alors que rien, en dehors de la présence de l'albumine dans les urines, ne pouvait la faire craindre 24 heures auparavant; mieux encore, la littérature médicale possède un certain nombre d'observations, concernant des femmes qui avaient eu des accès éclamptiques alors que 4 ou 5 jours auparavant, un examen bien fait n'avait pas décélé la présence de l'albumine dans les urines, qui en contenaient, au moment des accès, des quantités considérables.

On observe des hémorrhagies utérines surtout au moment de la délivrance, mais elles ne sont pas rares pendant le cours de la grossesse, et se font alors au niveau de la masse placentaire qu'elles décollent. Le sang se fait jour à l'extérieur, ou bien il peut être retenu dans l'intérieur de la cavité utérine; et dans ce dernier cas le diagnostic se fait par l'état du poulx et par la consistance ligneuse que présente alors l'utérus, comme l'a remarqué le premier M. Pinard.

Plus rarement on observe des hémorrhagies cérébrales et méningées, pulmonaires et rétinienne, de l'œdème des poumons et du cerveau, des épanchements séreux dans la plèvre, le péricarde, dans les cavités articulaires.

Evolution. — Le plus souvent l'albuminurie, convenablement traitée, guérit quelquefois complètement même avant l'expulsion du fœtus et surtout après l'accouchement. Les symptômes alarmants s'effacent, la quantité d'albumine des urines diminue progressivement et finit par disparaître tout à fait, et les grossesses ultérieures évoluent dans la majorité des cas sans albuminurie. Dans

certain cas, pourtant, l'albuminurie reparaît à chaque grossesse et devient chaque fois plus intense et peut aussi persister dans l'intervalle des gestations. Ces dernières femmes sont menacées de succomber avec tous les symptômes de la maladie de Bright.

Diagnostic.— Il est facile, en général, de constater la présence de l'albumine dans les urines ; nous n'exposons pas les procédés dont on se sert habituellement.

Dans le cas de leucorrhée on ira chercher avec une sonde l'urine directement dans la vessie, en prenant toutes les précautions antiseptiques ; et si la femme présente des troubles vésicaux, on s'assurera par le microscope que l'albumine ne provient pas des globules de pus que l'urine peut renfermer.

Ce n'est que dans les cas où la femme présenterait des troubles imputables à l'albuminurie qu'il sera nécessaire d'examiner l'urine dans la première moitié de la grossesse. A partir de la seconde moitié de la grossesse, c'est un devoir pour le médecin d'examiner les urines de ses clientes et en particulier celles des primipares. Jusqu'au neuvième mois, un examen pratiqué tous les 15 jours suffit, mais pendant le dernier mois de la gestation, il est nécessaire de répéter cet examen toutes les semaines.

Dans notre étude nous n'avons pas séparé les albuminuriques gravidiques des Brightiques. Il nous aurait été impossible de le faire d'une manière exacte, d'après les observations que nous avons pu recueillir. Souvent, même en présence des malades il est difficile de poser un diagnostic ferme.

On se basera sur les commémoratifs, sur l'état géné-

ral de la malade, dont la déchéance organique est bien plus manifeste, quand il s'agit d'une brightique. L'albumine est, dans l'albuminurie gravidique, constituée surtout par de la globuline et de la paraglobuline, qu'on sépare de la sérine par le sulfate de magnésie et qui n'est ordinairement que peu contractile, tandis que s'il y a des lésions organiques avancées des reins, l'urine, traitée par les procédés habituels, laisse déposer des flocons épais d'albumine.

La couleur de l'albumine est blanche généralement dans l'albuminurie qui survient au cours de la grossesse, et présente un reflet grisâtre si le rein est touché profondément.

La présence dans les urines de nombreux cylindres granulo-graisseux indique une dégénérescence avancée de l'épithélium rénal.

Le diagnostic d'albuminurie d'origine cardiaque ne présente pas de difficultés ; dans les cas de lésions rénales produites par la tuberculose ou la syphilis (tubercules, gommes, dégénérescence amyloïde) on peut arriver souvent aussi à faire le diagnostic.

L'albuminurie des dilatées, des hyperchloridriques, des hépatiques, de même que celle que peuvent présenter les gouteux, les obèses, est moins persistante et ordinairement peu abondante.

Pronostic. — Le pronostic de l'albuminurie gravidique est généralement favorable pour la mère, quand elle est soumise de bonne heure au traitement convenable ; les accidents disparaissent et les complications sont écartées.

Il en est tout autrement si le traitement a été insuffisant ou nul ; en dehors des complications auxquelles cette femme est exposée, et qui peuvent d'un moment à l'autre compromettre l'existence des deux êtres, le rein, irrité trop longtemps par le passage de ce corps étranger, finit souvent par présenter des lésions irréparables.

Pour cette même raison le pronostic doit être plus réservé chez les femmes qui ont été albuminuriques dans les grossesses précédentes ; plus réservé en général chez les multipares que chez les primipares. Parmi les quarante femmes dont l'albuminurie a été plus persistante et a nécessité un régime lacté de 15 jours au moins après l'accouchement, nous en trouvons 8 qui avaient encore à la sortie de la clinique 0,25 centigrammes ou davantage d'albumine. Or, de ces 8 femmes, 6 étaient multipares et 2 seulement primipares.

Si l'albuminurie est traitée à temps et convenablement, la femme étant au repos, le pronostic est généralement favorable pour le fœtus. Mais il faut savoir qu'il est des cas où malgré le traitement le mieux fait, le fœtus peut succomber. Ces enfants venus au monde un peu maigres s'élèvent généralement très bien, et à poids égal mieux que les autres enfants. Je m'explique : de 2 enfants pesant chacun 2000 grammes, l'un fils d'albuminurique, l'autre de femme non albuminurique, c'est l'enfant de l'albuminurique qui aura plus de chance d'être élevé, parce que chez lui, c'est le système musculaire et surtout la graisse qui font défaut, tandis que, le squelette et les organes internes sont mieux développés, pour la seule raison qu'il

est plus âgé que l'enfant issu de la mère non albumurique. » (Pinard).

Mais si la mère n'est pas traitée, la vie du fœtus est exposée aux dangers les plus grands. L'avortement et l'accouchement prématuré sont presque la règle chez les albuminuriques non traitées. Le fœtus est en outre exposé à succomber par asphyxie et par inanition.

Les beaux travaux de Chantreuil, de Fehling et surtout ceux de M. le Professeur Pinard ont montré qu'il se fait dans l'intérieur du placenta de petites hémorrhagies qui rétrécissent de plus en plus le champ des échanges qui doivent se faire entre la mère et le fœtus, et il arrive un moment où l'apport est insuffisant à entretenir la vie du fœtus. Notre statistique comprend on peut le dire, les cas les plus favorables à cet égard et pourtant nous avons trouvé mentionnées des lésions placentaires, dues à l'albuminurie dans la moitié des observations (78 sur 158).

Anatomie pathologique. — Suivant la théorie pathogénique que les auteurs adoptent, ils disent que les lésions du rein sont constantes et marquées, ou qu'elles sont exceptionnelles et minimales.

Il semble que le rein soit toujours plus ou moins congestionné, les boules colloïdes, que l'on trouve dans les cellules épithéliales du rein, seraient, pour certains auteurs, spéciales à l'albuminurie gravidique.

Il va de soi que si l'albuminurie a été intense et prolongée ou répétée, on peut trouver les lésions qui sont propres à la maladie de Bright.

MM. Tarnier et Sinéty ont mentionné la congestion et la dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique.

On peut trouver des foyers hémorrhagiques dans le cerveau, dans le parenchyme du foie dans le rein, dans l'œil, mais c'est surtout le placenta qui est le siège de prédilection de ces hémorrhagies. Ces foyers sont d'abord noirâtres, ce qui a valu au placenta le nom, donné par M. le professeur Pinard, de « placenta truffé » ; ensuite les éléments du sang, la fibrine exceptée, se résorbent ; la fibrine s'organise, se rétracte, et ces foyers au bout d'un certain temps deviennent alors durs et blanchâtres.

Pathogénie. — Nombreuses sont les théories qui ont prétendu expliquer la genèse de cette affection. Nous exposerons brièvement les principales.

Théorie hématique ou discrasique. — La grossesse imprime au sang des modifications considérables. Il résulte des recherches d'Audral, de Gavarret, de Becquerel et de Rodier que chez la femme enceinte la proportion d'eau de la masse sanguine augmente de 770 à 800 pour 1000, et l'albuminerie du sang tombe de 70 à 66 pour 1000, et s'approche du point où suivant Straus, se fait l'osmose du sérum hors des vaisseaux (60 pour 1000).

Gubler au contraire, se basant sur les expériences de C. Bernard, de Schiff, de Stokiois, qui montrèrent que l'injection dans les veines d'une certaine quantité d'albumine liquide provoquait le passage de l'albumine dans les urines, et sur le fait que la diminution de l'albumine dans le sérum sanguin est relativement moindre que celle de l'albumine des globules, (d'où augmentation relative de

l'albumine du sérum), proposa la doctrine de la *super-albuminose*.

La femme utiliserait mal l'albumine des aliments à cause surtout du mauvais état du foie, cette albumine s'accumulerait dans le sang, et, si elle n'est pas utilisée suffisamment par le fœtus, elle devrait passer dans l'urine. Comme preuve que cette albumine n'est pas utilisée par le fœtus, dans les cas d'albuminurie, il donne le poids inférieur des enfants issus de mères albuminuriques.

Les enfants des albuminuriques sont en réalité maigres d'habitude, mais cette maigreur n'est pas la cause, mais bien l'effet de l'albuminurie. (Diminution du champ des échanges entre la mère et le fœtus, causée par les infarctus placentaires).

Peter veut expliquer l'albuminurie puerpérale par la théorie de la *sérumurie*. « De même que la femme enceinte, dit-il, pour les besoins de l'hématose et de l'hématopoïèse de son fœtus fait de l'hématose et de l'hématopoïèse pour deux, elle fait de même de l'uropoïèse pour deux. La femme grosse excrète journellement une plus grande quantité d'urée. Tandis que la femme à l'état normal élimine 22 à 24 grammes d'urée par jour, Quinquaud a montré que la femme grosse en élimine de 30 à 38 gr. Si elle fait ainsi plus d'urée dans les 24 heures, elle doit avoir un travail excrétoire plus considérable, c'est à dire que plus de sang traverse le filtre rénal et qu'il y a hyperhémie fonctionnelle exagérée. Mais qui dit plus de sang dans l'organe, dit plus de pression vasculaire, qui dit plus de pression vasculaire, dit filtration possible, aveugle, insensée du sérum du sang, voire même du sang en

nature, phénomène qu'on appelle improprement albuminurie et qui n'est que de la *sérumurie* ».

Peter rappelle en outre qu'il existe entre l'utérus et le rein un rapport physiologique que Becquerel a mis en évidence en faisant voir que le rein augmente de volume au moment de la congestion utérine cataméniale; et d'autre part on sait que les artères rénales naissent sur le passage du courant sanguin qui se rend aux artères utéro-ovariennes, considérablement augmentées pendant la grossesse, d'où la dilatation des vaisseaux du rein, et consécutivement l'hypérémie de l'organe avec ses conséquences, à savoir : la filtration du sérum du sang à travers le glomérule.

Théories nerveuses. — L'irritation des nerfs de l'utérus par le produit de conception retentirait sur le système nerveux du rein (Blot, Martin).

Ranvier a fait voir le rôle du système nerveux dans la production de l'œdème. La ligature de la veine fémorale est souvent incapable de produire l'œdème du membre inférieur; il suffit alors de couper le nerf sciatique pour voir l'œdème se produire. Les œdèmes qui surviennent chez les hémiplégiques, chez les hystériques, les célèbres expériences de Cl. Bernard, qui produisait l'albuminurie par la piqûre du plancher du quatrième ventricule, de même que celle de Vulpian qui obtenait le même résultat par la section des nerfs splanchniques, font voir le rôle que peut jouer le système nerveux dans la production des œdèmes et de l'albuminurie.

Théorie de la compression des uretères.—Halberstma et Hiller, au Congrès de Copenhague de 1884, ont soutenu

la théorie de la compression des uretères comme cause de l'albuminurie gravidique.

Théorie de l'infection. — Doléris, Pouey et Blanc auraient trouvé des bacilles dans l'urine et dans le sang des albuminuriques enceintes; des cultures injectées à des lapines pleines, auraient provoqué l'albuminurie et la mort.

Lancereaux. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893), rapproche la néphrite gravidique de la néphrite pyrétiqne, tant à cause de la localisation de sa lésion aux épithéliums du rein, que de son mode de terminaison le plus habituel, la guérison, et considère l'albuminurie gravidique comme l'expression symptomatique d'une maladie générale, très vraisemblablement infectieuse, résultant d'un poison interne dont la nature resterait à déterminer.

Théorie de l'altération anatomique du rein. — Elle a été émise par Rayer et défendue par Bartels.

Les cylindres granulo-graisseux, se rencontreraient dans un tiers des cas.

L'altération des reins, toujours symétrique, serait caractérisée, par l'augmentation de volume, la consistance molle, la teinte jaunâtre et la décoloration de la substance médullaire, par la dégénérescence graisseuse de l'épithélium des *tubuli contorti* et de la capsule de Bouwman, par la dégénérescence colloïde de l'épithélium glomérulaire (Cornil et Bar), l'œdème du tissu conjonctif interstitiel. Si l'altération est plus avancée on assiste à la dégénérescence graisseuse de l'épithélium des *tubuli contorti* et des glomé-

rules. Mais presque les mêmes lésions ont été signalées dans le foie des albuminuriques (Tarnier et de Synéty).

Olshausen, dans 37 autopsies de femmes mortes à la suite d'accès éclamptiques, une seule fois n'aurait pas rencontré de lésions rénales. De même Prutz, dans 24 cas, a toujours trouvé des altérations du rein, mais à des degrés si divers qu'il ne pense pas que l'on doive admettre un parallélisme absolu entre les altérations du rein et les accès éclamptiques, qui sont la plus haute manifestation de l'albuminurie gravidique. Auvard pense que l'albuminurie gravidique avec lésions rénales, seule prédispose aux accès éclamptiques.

Théorie mécanique (Frericko-Braun).— L'utérus, par son développement, tend à comprimer les artères et les veines rénales, surtout ces dernières qui sont plus facilement compressibles, ralentissant le courant sanguin et gênant surtout la circulation en retour. Brown Séquard a même montré qu'en faisant tenir pendant quelque temps la femme inclinée en avant, on voyait parfois l'albumine disparaître des urines émises. Mais comment expliquer alors l'apparition précoce de l'albuminurie dans les premiers mois alors qu'il ne peut pas y avoir compression, de même l'absence de l'albuminurie chez la grande majorité des femmes enceintes, et dans les cas de fibromes et des kystes de l'ovaire qui pourraient aussi bien produire de la compression des vaisseaux du rein.

Les défenseurs de cette théorie s'appuient sur le fait que l'albuminurie gravidique est exceptionnelle dans les premiers mois de la gestation, qu'elle devient plus fréquente à mesure que l'utérus augmente de volume et que

c'est surtout lorsqu'il s'approche de son développement maximum qu'on voit apparaître l'albuminurie; qu'on l'observe beaucoup plus souvent chez les femmes qui ont une paroi abdominale résistante, telles que les primipares, et que quand l'utérus acquiert des proportions insolites (grossesses multiples, hydramnios), l'albuminurie ne fait presque jamais défaut.

Moricke attribue à la stase sanguine le rôle principal dans la production de l'albuminurie gravidique. Contrairement à Peter, Moricke estime qu'à cause de l'augmentation de la pression intra-abdominale, la circulation abdominale est ralentie, et que la dégénérescence graisseuse du rein est provoquée à la suite d'un apport insuffisant d'oxygène.

Nussbaum démontre expérimentalement que la ligature temporaire de l'artère rénale déterminait le passage de l'albumine dans les urines, l'albumine apparaissait seulement après qu'on avait enlevé la ligature et ne durait qu'un certain temps. Il explique le phénomène par l'anémie et l'asphyxie rénale temporaire consécutive.

Théorie de l'auto-intoxication. — M. le professeur Pinard, s'appuyant sur la disparition rapide de l'albumine après l'expulsion du produit de conception, pense que dans la plupart des cas, il n'y a pas de lésion rénale, et se basant sur les travaux de M. Gautier, de M. Bouchard, de Quinquaud, défend la théorie de l'auto-intoxication.

Traitement. — Si l'albuminurie est légère et s'il y a du côté de la femme une répugnance vive pour le lait, on prescrit le repos et un régime mixte dans lequel la

viande, les poissons, les alcools doivent être exclus (lait, pain, légumes verts en purée, fruits), en surveillant la quantité d'albumine éliminée; si l'albumine a une tendance à augmenter on arrive peu à peu à ne donner que du lait, autrement on peut continuer le régime mixte.

Mais si la quantité d'albumine est considérable et à plus forte raison s'il y a des troubles graves, provoqués par l'albuminurie (œdèmes de la face, troubles graves de la vue, il faut savoir imposer d'emblée, ou arriver en 2 ou 3 jours au régime lacté absolu.

Trop souvent rien n'est plus difficile pour le médecin que de faire prendre du lait seulement à ses malades. C'est là peut être un des obstacles les plus difficiles à franchir, qui se présentent au médecin dans l'accomplissement de ses devoirs.

Il y mettra tous ses efforts, toute son autorité, toute sa fermeté, et il devra souvent se considérer bien heureux, quand après quelques jours de cette lutte si pénible pour lui et pour la malade il en sortira vainqueur. C'est en essayant tous les moyens qui peuvent rendre le lait plus acceptable ne l'aromatisant de la façon la plus agréable à la malade, ne le coupant avec une eau bicarbonatée sodique ou avec de l'eau de chaux, qu'il pourra souvent faire tolérer le lait. Le lait doit être pris peu à la fois et souvent, afin que la sécrétion urinaire soit constamment sous son influence (Jaccoud). La malade ne quittera pas le lit.

Il fera fonctionner les deux autres émonctoires de l'organisme, qui peuvent jusqu'à un certain point suppléer l'émonctoir rénal, c'est à dire l'intestin et la peau.

Dans les cas peu intenses, il pourra se contenter de

purgatifs salins légers, mais il ne craindra pas dans les cas un peu alarmants, de prescrire une révulsion intense de l'intestin et il pourra faire prendre 10 grammes d'eau de vie allemande avec autant de sirop de nerprun, et même jusqu'à 15 grammes de chaque, dose qu'il serait dangereux de dépasser.

Il fera fonctionner davantage la peau, en élevant la température de la chambre, qui sera maintenue à une température de 30 degrés environ. S'il est nécessaire il lui fera prendre des bains chauds pour provoquer une bonne sudation ; il lui recommandera d'éviter toute cause de refroidissement.

Il sera souvent très utile de décongestionner le rein par l'application de ventouses sèches ou de sangsues au niveau des reins. Les beaux travaux de M. Renaut de Lyon, ont fait connaître que la circulation veineuse du rein communiquait avec la circulation veineuse périphérique et ont fait voir tout le parti qu'on pouvait tirer de cette connaissance.

On traitera l'œdème des membres inférieurs et surtout celui des grandes lèvres, s'il persistait, en pratiquant des mouchetures d'une façon aseptique, et on évitera ainsi des désastres des parties molles qui peuvent se produire au moment de l'expulsion.

On aura recours à l'oxygène si la dyspnée est intense, et on donnera du chloral et au besoin du chloroforme s'il y a menace d'éclampsie.

Mais il y a des cas où, malgré le meilleur traitement, l'albumine des urines augmente, l'état général devient inquiétant, des complications sont imminentes ; il peut

être indiqué alors d'interrompre le cours de la grossesse, la cessation de la gestation faisant disparaître, quand il n'est pas trop tard, ces symptômes inquiétants.

M. le Professeur Pinard résume ainsi les conditions qui doivent être réunies pour qu'on soit autorisé à interrompre le cours de la grossesse.

« Quand chez une femme enceinte, primipare ou multipare, on a constaté l'existence d'une albuminurie grave (anasarque, troubles persistants de la vue, urémie gastro-intestinale, dyspnéique), et que, sous l'influence du régime lacté absolu, continué pendant 8 jours au moins, l'albuminurie ne diminue pas ou continue à faire des progrès, alors que les autres symptômes s'aggravent, on doit, dans l'intérêt de la mère, quel que soit l'âge de la grossesse, interrompre son cours.

La femme albuminurique est plus exposée à s'infecter (comme l'avait déjà remarqué Madame La Chapelle pour les éclamptiques). Il faut donc pratiquer le toucher le moins souvent possible, redoubler les précautions d'asepsie et d'antisepsie, tout en se rappelant que le rein de ces femmes fonctionne d'une manière incomplète et que les antiseptiques les plus puissants sont en même temps les plus dangereux.

Les tissus, en raison de l'infiltration, ayant perdu de leur résistance il faudra craindre, au moment de l'expulsion, des lésions vulvo-vaginales. On redoublera donc les précautions à prendre, et si des lésions se produisaient, on les réparera le plus tôt possible.

Les albuminuriques sont exposées, comme nous l'avons vu, aux hémorrhagies au moment de la délivrance : on sera

prêt à les combattre par des irrigations vaginales ou utérines, faites avec une eau légèrement antiseptique, portée à la température de 48-50 degrés, et si l'hémorrhagie résistait à ce moyen, on devra pratiquer la délivrance artificielle.

Le régime lacté devra être continué après l'accouchement tant qu'il y aura une quantité appréciable d'albumine dans les urines on donnera alors le régime mixte d'abord. et ensuite on arrivera à un régime ordinaire.

Si l'albumine reparaissait, il faudrait revenir au régime lacté intégral, mais si l'albumine persistait pendant des mois, il serait inutile et même nuisible de le continuer indéfiniment, et on se contenterait du régime mixte.

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, les enfants des albuminuriques naissent ordinairement maigres et grêles, souvent avant terme. Ils sont plus sujets que les autres à se refroidir ; on les enveloppera donc chaudement et on ne les exposera pas au froid. Souvent on aura besoin de les mettre dans une couveuse et de recourir au gavage s'ils ne savent pas s'alimenter eux-mêmes.

Quant à l'aliment qu'on doit leur donner, nous l'exposerons dans la seconde partie de notre étude.

Une femme qui a présenté de l'albumine dans les urines pendant sa grossesse et surtout si la présence de l'albumine après l'accouchement exige que le régime lacté soit continué, peut-elle allaiter son enfant ?

Johnson a insisté sur les inconvénients qui pouvaient résulter pour l'enfant, quand il était nourri par une albuminurique ; et Cassin, d'autre part, se basant sur 3 observations ? avait formulé dans sa thèse inaugurale (Paris 1880), que toute femme dont les urines demeureront albuminuriques au-delà des 3 premiers jours des couches, devra cesser l'allaitement.

La plupart des médecins ne permettent pas aux femmes albuminuriques d'allaiter, et surtout à celles qui sont astreintes au régime lacté absolu. Ils se laissent en partie influencer par cette opinion si répandue dans le monde, que le lait ne saurait constituer une nourriture suffisante et en particulier quand il doit pourvoir à l'existence de deux êtres à la fois. La sécrétion lactée serait entravée, l'enfant ne recevant pas autant de nourriture qu'il lui est nécessaire ne pourrait se développer d'une manière satisfaisante. La mère serait exposée à voir son albuminurie empirer, et cette double cause d'épuisement pourrait produire des désordres graves du côté de l'organisme maternel.

Depuis plusieurs mois que nous observons attentivement, presque tous les jours, toutes les femmes albuminuriques, accouchées à la clinique Baudelocque, où elles sont

tenues à nourrir leurs enfants, nous n'avons jamais pu constater rien d'alarmant. Au contraire, l'état général de ces femmes s'améliorait, la quantité de l'albumine des urines diminuait, si bien que, très souvent, ces femmes se croyant tout-à-fait guéries, ne voulaient pas attendre la disparition complète de l'albumine et quittaient le service malgré les observations qu'on leur faisait. Nous pensons qu'elles partaient surtout pour se soustraire au régime lacté, auquel elles étaient soumises, et qu'elles croyaient nuisible au développement de leurs enfants.

En effet si nous leur demandions des nouvelles de leurs enfants, elles ne manquaient pas de nous répondre presque invariablement : il se porte bien, mais il n'augmente pas assez, je ne prends que du lait.

C'est en se basant sur un grand nombre de cas seulement qu'on pouvait émettre une opinion à laquelle on serait forcé de reconnaître une certaine valeur. Nous avons cru faire œuvre utile en publiant un résumé de toutes les observations des femmes albuminuriques, ayant nourri leurs enfants à la clinique Baudelocque, depuis sa création, et en en faisant l'étude.

Tous les auteurs sont d'accord à reconnaître que le réactif infailible de la valeur d'une nourrice, c'est l'enfant qu'elle allaite.

On reconnaît que l'enfant profite, d'après l'état de ses sutures et de ses fontanelles, d'après la nature et la fréquence des garde-robes, mais surtout d'après l'augmentation de poids, qui doit être régulière et suffisante.

C'est de cette dernière donnée seulement, les autres nous manquant, que nous nous servons pour apprécier la valeur comme nourrice des 158 femmes qui font l'objet de notre étude.

De combien un enfant doit-il augmenter par jour dans le premier mois de son existence extra-utérine, pour qu'on puisse se considérer satisfait de son développement?

On a donné des chiffres, des moyennes. Ces moyennes diffèrent un peu suivant les auteurs et tandis que Bouchaud ne donne que 25 grammes, comme augmentation journalière, Biedert donne 28 et Winckel 35. MM. Tarnier et Chantreuil, en tenant compte des moyennes de plusieurs auteurs, adoptent les chiffres de 30, 6 grammes comme augmentation moyenne journalière pendant le premier mois.

Mais il ne faut pas oublier qu'il existe des causes qui exercent une action défavorable sur l'accroissement de l'enfant, et qui peuvent, si elles se trouvent réunies, faire baisser d'une manière appréciable les moyennes.

habituelles. Ces causes tiennent aussi bien à la mère qu'à l'enfant.

Du côté de la mère il est une donnée étiologique, à laquelle tous les auteurs reconnaissent une certaine importance. Les primipares sont en général de moins bonnes nourrices que les multipares, et parmi ces dernières celles qui ont déjà allaité sont considérées comme des nourrices meilleures que celles qui ne l'ont pas fait.

On sait, d'autre part, que les enfants nés avant terme, petits, et surtout ceux qui ne savent pas têter, qu'on doit gaver, augmentent moins que les enfants venus à terme et normalement développés. La durée de la perte de poids est aussi plus longue chez les premiers et ils atteignent plus tard que les autres le poids de la naissance. On admet aussi que les filles augmentent un peu moins que les garçons.

Toutes ces causes défavorables se trouvent réunies dans notre statistique. En effet, sur 158 femmes, nous trouvons 100 primipares et 58 multipares. Très nombreux sont les enfants venus avant terme. Sur les 151 femmes qui ont pu donner des renseignements sur la date de leurs dernières règles, nous en trouvons 65 qui ont accouché avant terme.

Les enfants devaient naturellement présenter un poids inférieur au poids habituel d'un enfant à terme et bien développé.

Nous ne trouvons que 46 enfants sur 163 qui, à la naissance, avaient atteint le poids de 3,000 grammes, et par contre il y en avait 62 qui pesaient moins de 2,500 grammes; et 24 parmi ces derniers n'atteignaient pas

2,000 grammes. Il avait fallu nourrir par le gavage un bon nombre de ces derniers.

Le hasard a fait aussi que, contrairement à la règle, notre statistique comprend plus de filles que de garçons (89 filles et 74 garçons).

Il serait légitime de penser que, en considération de toutes ces causes défavorables, nous ne pourrions pas donner un chiffre moyen des augmentations bien brillant.

Notre statistique comprend, nous l'avons dit, 163 enfants. 10 d'entre eux n'avaient pas augmenté jusqu'au moment de la sortie ou avaient augmenté de moins de 10 grammes par jour, c'est à dire d'une quantité absolument insuffisante. Ces 10 enfants entrent dans notre statistique pour la valeur de zéro et nous pouvons quand même donner une moyenne, comprenant tous les enfants sans exception, qui s'approche de *35 grammes par jour*.

Il n'est pas sans intérêt, aussi, de faire connaître également combien d'enfants n'ont pas augmenté de 20 grammes par jour, poids que beaucoup d'auteurs, parmi lesquels M. le professeur Tarnier, donnent comme un minimum au-dessous duquel on ne doit pas être satisfait du développement de l'enfant et considérer la femme comme bonne nourrice. De ces enfants qui n'ont pas augmenté de 20 grammes par jour, nous en trouvons 33, ce qui revient à 1 sur 5 enfants. Nous n'avons pas fait de statistique comparative, mais nous pensons qu'en raison des causes multiples qui peuvent survenir et même souvent sans raison aucune, on doit observer à peu près dans les mêmes proportions, des cas où l'enfant n'augmente pas comme il devrait le faire. Cette proportion d'une mauvaise augmenta-

tion pour quatre bonnes est loin, nous croyons, d'être défavorable.

Pour ceux qui voudraient nous objecter que les enfants sont restés trop peu à la clinique pour qu'on puisse porter un jugement valable, nous avons fait une autre petite statistique. Cette statistique ne comprend que les enfants des femmes qui ont été soumises, pendant quinze jours au minimum après l'accouchement, au régime lacté absolu. Ce sont certainement les cas les plus défavorables, où l'albuminurie a résisté le plus, et dans lesquels entrent la plupart des femmes avec lésions rénales définitives.

Les enfants sont au nombre de 40. Deux seulement n'avaient pas augmenté ou avaient augmenté de moins de 10 grammes par jour jusqu'au moment de la sortie; tous les autres avaient augmenté et en moyenne, y compris les deux cas précédents pour la valeur de zéro, de 27 grammes par jour.

Cette moyenne bien qu'inférieure à la moyenne qui porte sur la totalité des cas, reste encore une moyenne satisfaisante.

Quant aux enfants des femmes qui ont présenté des accès éclamptiques, l'augmentation a été moins prononcée. Ils étaient au nombre de 16 et ils n'ont augmenté que de 23 grammes par jour.

Il est une autre donnée qui peut servir, jusqu'à un certain point, à juger de la valeur d'une nourrice. C'est l'époque à laquelle l'enfant a atteint le poids de la naissance.

Winckel a observé que plus de la moitié des enfants classés dans sa statistique avaient atteint le poids de la naissance le dixième jour.

Nous trouvons que les deux tiers de nos enfants avaient atteint le poids de la naissance avant le dixième jour (106 sur 163) ; et en moyenne tous les enfants l'avaient atteint le septième jour.

Ces chiffres sont éloquents, nous pensons que des commentaires seraient superflus.

Il reste à examiner le second point de la question, à savoir comment les mères nourrices, dont la plupart étaient au régime lacté absolu, ont supporté cet acte physiologique, l'allaitement, que certains médecins estiment, chez les albuminuriques, nuisible à leur santé et portant entrave à la guérison naturelle de l'albuminurie.

En consultant le tableau, dans lequel nous donnons un résumé des observations prises, on peut s'assurer facilement que la grande majorité des femmes n'avaient plus à la sortie de la Clinique d'albumine dans les urines ou en avaient encore des traces seulement.

Si on rencontre encore un nombre (31), qu'on pourrait trouver assez élevé, de femmes, qui avaient encore à la sortie 25 centigrammes ou davantage d'albumine, il faut savoir que chez la plupart d'entre elles l'albumine était en décroissance et qu'elles ont voulu partir malgré les observations qu'on leur faisait.

Il est probable que l'albumine aurait, chez la plupart, disparu tout à fait des urines, si elles étaient restées quelques jours de plus à la clinique.

Il est impossible, de juger d'après la durée de l'albuminurie si l'allaitement a été une entrave à la guérison ou non, et de vouloir faire des statistiques comparatives. On sait en effet que rien n'est plus variable que la durée de l'albuminurie après l'accouchement.

Tantôt 2 ou 3 jours après l'expulsion du produit de conception il est impossible de déceler des traces d'albumine dans les urines, tantôt au contraire l'albuminurie peut se prolonger pendant plusieurs jours, ou plusieurs semaines, ou même quelquefois jusqu'à la grossesse suivante, au cours de laquelle elle redouble alors d'intensité, et cela en dehors de l'allaitement et malgré le traitement le mieux suivi.

Mais si l'allaitement était aussi nuisible aux albuminuriques que certains l'estiment, nous devrions avoir un nombre assez considérable de cas, dans lesquels l'albumine serait en augmentation ou resterait au moins stationnaire.

Eh bien ! chez 7 femmes en tout, l'albumine augmentait (2 femmes) ou restait stationnaire (5 femmes).

Quand on considère que dans notre statistique les brightiques ne sont pas exclues, on ne peut pas certainement incriminer l'allaitement, qui aurait dû faire sentir bien plus souvent ses méfaits. Et même en dehors du brightisme il n'est pas rare de voir une albuminurie gravidique évoluer avec tous les symptômes de la maladie de Bright, sans que l'allaitement soit en cause.

Il nous était impossible de faire une statistique comparative se portant sur un nombre égal, de femmes n'ayant pas allaité ; nous ne croyons pas d'ailleurs qu'elle

aurait eu une valeur démonstrative. Si on n'avait même trouvé sur 158 femmes albuminuriques n'ayant pas nourri, que 4 ou 5 seulement dont l'albuminurie ne se serait pas améliorée, serait-on en droit d'incriminer pour cela l'allaitement? Personne n'y songerait.

Mais il est un point, dont nous avons déjà fait mention en parlant du pronostic de l'albuminurie gravidique, et sur lequel il est utile de revenir.

Parmi les 7 femmes dont l'albuminurie ne s'améliorait pas il n'y avait qu'une seule primipare.

Ainsi, sur 100 primipares-nourrices, une seule; une sur 100, on ne peut vraiment incriminer l'allaitement qui aurait dû agir défavorablement aussi bien chez les primipares que chez les multipares.

Quant aux 16 femmes qui ont présenté des accès éclampsiques, 10 d'entre elles n'avaient plus d'albumine à la sortie, 3 en avaient des traces et 3 autres avaient encore de 25 à 50 centigrammes d'albumine qui était, d'ailleurs, en diminution.

Chez aucune des 158 femmes on n'a trouvé nécessaire, pendant le temps qu'elles sont restées à la clinique, d'interrompre l'allaitement.

Ces femmes, tout en accomplissant leur devoir strict, à défaut duquel une femme n'est mère qu'à moitié, ont pu retirer les profits que procure l'allaitement. L'involution utérine a dû être plus rapide et plus complète; les organes génitaux se sont trouvés dans un repos relatif par suite de la cessation de la fonction menstruelle, qui sommeille habituellement pendant la lactation.

Nous pensons même, qu'un bon nombre de ces femmes, sont redevables à l'allaitement du prompt rétablissement de leur santé. Pour fournir les matériaux nécessaires à la nutrition de son enfant la mère a mangé davantage, les fonctions digestives se sont exercées avec plus d'activité, l'assimilation a été meilleure, et beaucoup d'entre elles ont du ainsi améliorer leur nutrition interne, qui est si souvent ralentie, comme M. le professeur Bouchard nous l'a appris.

Aurait-on pu donner aux enfants une meilleure nourriture? Si on avait défendu aux mères de nourrir leurs enfants, comment auraient-elles pu remplacer l'aliment naturel?

Elles auraient pu élever l'enfant au biberon. Les statistiques donnent, pour ces enfants, une mortalité de 50 pour cent environ dans la première année.

Elles auraient pu les envoyer chez une nourrice, à la campagne, pour qu'ils soient élevés au sein. Les statistiques donnent une mortalité qui varie entre 60 et 80 pour 100. Si l'enfant est élevé au biberon chez des étrangers à la famille, la mortalité est encore plus grande. Tandis que la mortalité des enfants nourris par leur mère n'atteint pas, dans les statistiques les plus défavorables, qui varient, suivant les pays, plus de 20 pour 100 dans la première année.

Villemin donne pour Paris :

Mortalité pour les enfants élevés au sein.....	19 0/0
Mortalité pour les enfants élevés au biberon....	43 0/0

Bertillon donne pour les enfants élevés au biberon
une totalité de :

87 0/0 dans la Seine-Inférieure.

90 0/0 dans la Loire-Inférieure.

Franck donne pour Munich :

Mortalité pour les enfants élevés au sein..... 10.6 0/0

Mortalité pour les enfants élevés au biberon... 89 0/0

Stolz pour Strasbourg :

Mortalité pour les enfants élevés au sein..... 19 0/0

Mortalité pour les enfants élevés au biberon.... 87 0/0

Les femmes qui viennent accoucher à l'hôpital n'appartiennent pas, généralement, à la classe privilégiée de la société, qui peut se payer le luxe d'avoir une nourrice à la maison. Elles n'auraient donc certainement pu, comme cela arrive trop souvent, sans raison aucune, contribuer à la séparation d'une autre mère de son enfant, qui avait le droit à tous les soins maternels, et qui tombe si souvent victime de cette injustice sociale.



N° progressif	N° du Registre	Parité	Age	Antécédents et Complications de la grossesse	Pendant la Grossesse	
					Albumine	Régime lacté
1890						
1	70	1	24	céphalée int., éblouissement, épistaxis.	4 j. av. ac. 2 gram.	4 j. av. ac.
2	129	1			?	pas
3	186	5		œdème, membres inférieurs, paroi abdominale, grande lèvre droite.	4-6 gram.	20 der. j.
4	393	1			10 gram. 1 mois av. acc.	1 mois.
5	417	1	20	œdème des jambes et des grandes lèvres.	5 gr. 10 g. av. acc.	10 jours
6	567	1	24	vomissements, oppression, 8 derniers jours œdème des jambes.	?	pas
7	578	1	23		q. notab.	4 dern. j.
8	703	1	21	œdème des membres inférieurs.	?	pas
9	753	1	28		?	pas
10	828	2	38	céphalée, éblouissements, œdème face et jambes.	oui	p. 2 mois cessé 3 s. av. acc.
11	922	1	24		?	pas
12	940	1	29	au mom. du travail, facies albuminur.	pas	pas
13	1046	4	30		6 j. av. ac. 6 gram.	10 jours
14	1050	1	21	œdèmes des jambes ; la veille de l'ac- couchement, céphalée, troubles de la vue, vomissements aqueux.	?	pas
15	1061	1	28	œdème membres inf. et paroi abdom. 3 derniers mois.	?	pas
16	1093	2	24		oui	13 d. j.
17	1118	1	24		?	pas
18	1129	1	28	œdème des malléoles, dernier mois.	?	pas
19	1158	1	21	céphalée, vomissements.	10 jours av. acc.	10 jours

Après l'accouch ^t		ENFANT								OBSERVATIONS
Régime lacté	Albumine	Age de la grossesse.	Sexe	Poids à la naissance	Jour où il a dépassé le poids de la naissance	Augmentation quotidienne	Poids à la sortie	Jour d. la sortie	Poids du placenta	
p. le s.	sortie,	8½ ²	f.	2430	6	32	2620	12	500	3 foyers réc.
p. s.	0.50 g.									
p. s.	s.trac.	8½ ²	f.	1830	7	71	2340	13	580	2 foyers anc.
p. s.	2 gr. sortie.	8	f.	1920	?		1850	18	420	2 foyers réc.
										quel. f ^s anc.
pas	pas	?	f.	1940	5	36	2300	16	350	
p. s.	s.trac.	8	m.	1730	14	16	2120	47	360	nombreux f ^s anc. et réc.
p. 12 j.	s. pas	8½ ²	m.	2720	13	12	2770	17	500	5 foyers réc.
p. 10 j.	s.trac.	9	f.	2820	3	46	3300	14	400	1 foyer anc.
p. s.	s.trac.	9	f.	3100	?	23	3090	14	530	2 foyers réc.
p. s.	s. 1 gr.	8½ ²	f.	2550	7	31	2960	19	450	plus. f ^s anc.
p. 20 j.	s. pas	9	f.	3520	6	40	5100	46	530	2 foyers réc.
										foyers anc. et récents.
p. s.	s.trac.	8	f.	2750	8	39	2770	8	320	
p. 18 j.	s. pas	8½ ²	m.	2820	?	pas	2520	22	370	
p. 22 j.	s. pas	7½ ²	f.	1860	25	11	2030	29	1080	
p. 12 j.	s. pas	9	m.	2430	?	14	2320	29	1080	
p. 12 j.	s. pas	9	m.	3380	?		2970	12	560	
p. s.	s.trac.	9	m.	4350	7	46	4550	10	710	petits f ^s réc.
p. 10 j.	s. pas	8½ ²	f.	2930	4	20	3020	11	440	
p. 16 j.	s. pas	8	f.	2750	11	26	3000	18	570	1 foyer anc.
p. 20 j.	s. pas	8½ ²	f.	2750	5	62	3800	29	440	plus. f ^s réc.
p. 10 j.	s. pas	8	f.	2170	22	52	3290	42	380	

7 accès éclamptiques avant l'accouch^t
Albumine station^{re}

le lend. de l'ac. 2.50 gr. alb. par litre, urine 4 litres.
1 gr. d'alb. pendant plus de 20 jours.

1 ac. écl. ap. l'acc. grossesse gémel^{re}.

forceps.

forceps.

ophtal. des 2 yeux, guérie le 28^e jour

Suite du

20	1160	1	22		10 j. av. ac.	10 j.
21	1215	1	23	œdème jamb. dep. le 3 ^e m., dans les 8 dern. jours troubles de la vue, bourdonnements d'oreilles, doult. épigastriques.	?	pas
1891						
22	37	1	25		oui	20 d. jour
23	97	1	28	dans les 3 dern. mois, céphalée, doult. épigastrique, poliurie, troubles de la vue.	?	pas
24	98	1	22		?	pas
25	169	1	22		?	pas
26	188	1	26		2-4 gr.	dern. 20 j.
27	196	1	19		?	pas
28	214	1	18		?	pas
29	237	1	32	dernier mois, céphalée, troubles de la vue, douleur épigastrique, œdème membres inférieurs, bruit de galop fort.	?	pas
30	301	1	19		?	pas
31	445	1	22		?	pas
32	591	xvi	24		?	pas
33	683	1	22		?	pas
34	774	1	21		?	pas
35	820	1	25		?	pas
36	918	1			?	pas
37	968	2			const. 2 j. av. acc.	pas
38	970	xi			?	pas
39	1028	1			?	pas
40	1114	iii		facies albuminurique	?	pas
41	1123	xi			?	pas
42	1132	1	24		?	
43	1185	2	32		3 dern. semaines	3 dern. semaines
44	1401	3			id.	id.
45	1462	1		œdème membres inf. derniers 15 j. œdème face, grandes et petites lèvres, céphalée.	?	pas
46	1477	1		œdème membres inférieurs.	?	pas
1892						
47	85	2		céphalée intense, tr. vue, épistaxis.	?	pas
48	816	1			1 gr.	15 j. av. accouch.
49	137	1			1 gr.	dern. 3 j.

Tableau.

p. 9 j.	2. pas	8 ¹ / ₂	m.	2125	?	10	2100	24	645	petits f ^s réc.	(syphilis ?)
p. 20 j.	27 ^e j. s. pas	9	m.	2930	14	23	2930	14	415	petits f ^s réc.	enfant parti en nourrice
p. 18 j.	s. pas	9	m.	3180	?	12	3100	19	560		
p. 8 j.	s. pas	8	m.	2210	?	15	2050	12	360	pet. lés. alb.	
p. 8 j.	s. pas	8 ¹ / ₂	f.	2480	3	79	2900	11	455		
p. 10 j.	s. pas	8	f.	2120	6	49	2340	9	410	f ^s anc. et réc.	
p. 16 j.	s. pas	8 m.		1580	11	34	2010	23	355	pas.	
p. 12 j.	s. pas	9	f.	2450	?	10	2200	12	400		
p. 8 j.	s. pas	9	f.	3120	?	15	3110	18	650	f ^s anc. et réc.	
p. 21 j.	s. pas	9	f.	3130	11	35	3600	24	550		dans les 15 j. qui suiv. l'acc. la quant. d'alb. variait de 2 à 4 gr.
p. s.	s. trac.	8 ¹ / ₂	f.	2550	5	41	2960	14	460		
p. s.	24 ^e j. s. 0,25 g.	8 ¹ / ₂	f.	2280	?	25	2270	13	480	f ^s anc. et réc.	1 acc. éclamptique pendant la période d'expulsion, enfant parti en nourrice
p. s.	15 ^e j. s. 0,50 g.	9	f.	3110	8	31	3270	14	540		
p. 9 j.	s. pas	9	f.	3310	7	51	4000	12	580		
p. s.	s. trac	9	f.	2570	12	55	2740	14	420		
p. 10 j.	s. pas	9	f.	2800	4	58	3120	11	520	foy. hémor.	
p. 6 j.	s. pas	9	f.	2680	4	55	2890	11	410		
p. 10 j.	s. pas	8 ¹ / ₂	m.	2870	7	40	3010	10	440		
p. 6 j.	s. pas	9	m.	2610	3	40	2740	8	500	f ^s anc. et réc.	
p. 13 j.	s. pas	9	m.	3290	5	45	3690	13	530	pas	
p. 24 j.	s. pas	9	m.	3520	9	26	3950	27	545		
p. 8 j.	s. tr.	9	m.	2030	7	30	2140	9	960		gr. gémellaire
p. s.	17 ^e s. 0,75	8 ¹ / ₂	f.	1860	3	32	2190	14	365	f ^s anc. et réc.	
p. s.	s. tr.	9	f.	2870	7	25	3220	23	600	foyers anc.	
p. s.	s. tr.	9	m.	3500	?	19	3460	13	535	id.	
p. s.	s. 0,50	6 ¹ / ₂	f.	1560	14	21	2120	37	320	foyers réc.	cardiaque ? 15 gr. d'alb. au moment de l'acc.
p. s.	s. 0,25	9	m.	2500	4	40	2740	9	490		
p. 15 j.	s. pas	7	f.	1520	12	23	1780	26	250	1 foy. récent	2 acc. éclamptique imm. après l'acc.
p. s.	s. 5,25	8 ¹ / ₂	f.	2080	16	22	2650	39	390	1 foy. récent	
p. 8 j.	s. pas	9	m.	2860	7	64	3200	11	520		

Gamulin

Suite du

50	306	1	35	20 j. av. accouch., œdème membres inf.	?	pas
51	347	1	40		?	pas
52	355	2	23		1 gr.	dern. 20 j.
53	356	1	24	dernier mois, œdème membres inf.	?	pas
54	440	2	27	œdème très prononcé des membres inf. et des grandes lèvres	pas. 40 j. av. acc. 1.50 g. 3j. av. acc.	3 dern. j.
55	575	1	20	œdème léger membres inf.	?	pas
56	587	1	21		3 gr.	dern. m ^s
57	638	1	23		4 gr.	2 j. av. l'accou.
58	826	2	25	œd. malléoles	?	pas
59	837	1	26		1 gr.	3 dern. semaines
60	8 8	2	26		?	pas
61	1014	1	25		?	pas
62	1066	1	20	œdème membres inf.	1 gr.	p. 17 j. av. acc.
63	1198	4	31	œdèmes membres inf. depuis le 5 ^m mois. Tr. vue, diarrhée	?	pas
64	1213	7	39		2 gr.	50 dern. jours
65	1283	4	40	A partir du 5 ^e mois, vertiges, éblouissements, œdème des jambes	?	pas
66	1522	1	19	dernier mois, œdème des paupières et malléoles, troubles de la vue, céphalée frontale, douleur épigastrique	?	pas
67	1545	1	20		oui	dern. 15 j.
68	1548	1	37		2 gr.	dern. 50 j.
69	1576	2	25	céphalée, douleurs lombaires, crampes dans les mollets	oui	dern. 14 j.
70	1588	1	19	id. et bruit de galop	?	pas
71	1638	2	28	douleur épigastrique	1 gr.	2 j. av. accouch.
72	1672	3		id.	2 gr.	3 j. av. accouch.
73	1679	1	21		?	pas
74	1713	5	34		1 gr. 50	2 j. av. accouch.

Tableau

p. 15 j.	s. pas	7 1/2	f.	2040	16	21	2260	24	790		allaité par la mère gr. gemellaire allaité par une nourrice syphilis ?
			m.	1840	?	pas	1570	26			
p. s.	s. 0.80	9	f.	2870	8	31	2970	11	860	f ^s réc.	
p. 4 j.	s. pas	9	f.	3650	4	73	3860	7	560		
p. s.	s. tr.	9	f.	2600	12	33	2670	13	530	pas	
p. s.	s. 0.25	8 1/2	m.	2700	5	45	2910				
			m.	2510	4	45	2720	9	850		gr. gremellaire
p. 12 j.	s. pas	9	f.	3150	7	44	3430	14	630	f ^s a. et réc.	
p. s.	s. 1 g.	8	m.	2540	?		2340	13	450	foyers anc.	
p. s.	s. 1 g.	?	m.	2550	?		2410	9	500	id.	
p. 8 j.	s. pas	8 1/2	m.	2800	8	45	2900	10	520		
p. 15 j.	s. pas	?	m.	3430	6	47	4030	20	590		
p. 6 j.	s. pas	9	f.	2840	4	42	3250	13	360		
p. 6 j.	s. pas	9	f.	2220	5	35	2340	7	500	foyers réc.	
p. 8 j.	s. pas	9	f.	3790	?	37	3490	8	670		
p. s.	2 gr.	7 1/2	f.	1340	7	27	1650	17	360	foyers anc.	alb. stationnaire gr. gemellaire
pas	pas	9	f.	2010	5	55	2420	13	820		2 ^e enf. mort q. ins- tants après la nais.
p. 7 j.	s. pas	8	m.	2620	7	45	3020	14	590	f ^s a. et réc.	menace d'éclamps. après la délivrance chloral
p. 6 j.	s. pas	9	f.	2750	5	26	3080	18	470		3 acc. éclamptique le lendemain de l'accouchement
p. 4 j.	s. pas	9	m.	2100	3	40	2500	12	500		
p. 14 j.	s. pas	9	m.	2980	6	65	3480	14	600	id.	
p. 6 j.	s. pas	9	m.	2770	?	38	2470	9	530	1 foyer réc.	
p. 6 j.	s. pas	9	m.	3100	7	26	3160	10	470	id.	forceps
p. 8 j.	s. pas	7 1/2	m.	2010	1	34	2350	8	360	f ^s a. et réc.	pr. siège, enf. né en état de mort appar. femme qui a été alb. pend. la 1 ^{re} gros.
p. 12 j.	s. pas	8	f.	1930	7	44	2080	10	390	f ^s hémorrha.	
p. s.	s. 0.50	9	m.	3170	10	29	3250	13	710	1 foyer réc.	1 acc. éclamptique entre l'expuls. du foetus et la déliv.
p. 12 j.	s. tr.	9	f.	2770	8	27	2900	13	485	foyers anc.	

1893

75	38	1	21		?	pas
76	69	4	23		?	pas
77	92	4	25	céphalée, douleur épigastrique, œdème des paupières et des jambes, crampes, accès d'étouffement	1 gr.	dern. 8 j.
78	171	1	19	œdème des membres inf.	oui	p. 2 sem.
79	176	1	26		?	pas
80	187	4	23	céphalée frontale, épistaxis	?	pas
81	188	1	25		?	pas
82	209	1	20	douleur épigastrique, œdème des membres inf.	?	pas
83	227	1	21	céphalée	?	pas
84	236	2	24	céphalée, troubles de la vue, étourdissement, syncopes	1 gr.	dern. 20 j.
85	248	5	20		oui	dern. 35 j.
86	270	1	21		?	pas
87	365	1	22	céphalée frontale	?	pas
88	485	2	25	accès de suffocation	?	pas
89	526	1	19	céphalée, œdème membres inf. troubles de la vue, épistaxis	?	pas
90	612	1	36	œdème des jambes	?	pas
91	799	1	25		?	pas
92	870	2	30		?	pas
93	1060	1	23		oui	3 dern. s
94	1075	1	24		?	pas
95	1116	1	20		?	pas
96	1210	1	23	céphalée violente, soignée à Laënnec p. 1/2 m. régime lacté	1 gr. 70 j. av. acc.	70 dern. j.
97	1211	2	28		?	pas
98	1239	1	19	œdème membres inf. et face céphalée, troubles de la vue	oui	40 dern. j.
99	1268	1	26	œdème généralisé	oui	15 dern. j.
100	1336	6	34	œdème membres inf.	7 gr.	3 m. der.
101	1407	1	17		1.50 gr.	7 dern. semaines
102	1401	2	00		1 gr.	p. 1 mois 3 mois av. l'acc.

Tableau

p. s.	s. tr.	9	f.	2660	7	36	2980	16	350	f ^s anc. et réc.	
p. s.	s. 0,50	8	m.	2280	7	30	2430	12	280	foyers anc	
p. 20 j.	s. tr.	9	m.	3580	7	28	4410	26	480		1 acc. éclamptique le lend. de l'acc.
p. s.	s. pas	9	f.	2880	6	31	3050	11	370	f ^s anc. et réc.	1 acc. éclamptique entre l'expuls. du foetus et la déliv.
p. 10 j.	s. pas	8 ¹ / ₂	m.	4910	4	51	2310	10	350		
p. 6 j.	s. pas	9	m.	3950	3	47	4310	12	520	1 foyer anc.	
p. 6 j.	s. pas	9	f.	2600	4	47	2780	8	360	id.	
p. 10 j.	s. pas	9	m.	3110	7	44	3170	10	500		
p. 10 j.	s. pas	9	f.	2960	5	27	3020	10	350	foyers réc.	
p. 4 j.	s. pas	9	f.	3250	3	52	3550	9	?		
pas	s. pas	9	f.	3940	5	46	4080	7	660		
p. 6 j.	s. pas	9	m.	2950	12	29	2960	12	470		5 acc. éclamptiques dans les 24 h. qui ont suivi l'accouch.
p. s.	s. tra	8	f.	2380	6	79	2560	8	490		
p. 7 j.	s. tr.	9	f.	3230	?		3080	11	490	foyers réc.	
p. 7 j.	s. tr.	8	m.	2750	4	47	2900	7	620	f ^s anc. et réc.	
p. s.	s. tr.	9	f.	3160	7	87	3250	8	670		
p. 7 j.	s. pas	9	m.	3060	?	24	2980	10	470		
p. 8 j.	s. pas	9	f.	3340	?	80	3160	10	510		
p. s.	s. 1 gr.	9	m.	3310	6	42	3430	11	730		
p. 12 j.	s. pas	8 ¹ / ₂	f.	2900	5	50	3300	13	550		
p. s.	s. tr.	?	f.	1970	?		1880	9	530		ophtalmie double non complet. guérie à la sortie
p. 5 j.	s. pas	9	m.	3070	6	30	3160	10	490		
p. 6 j.	s. pas	8	f.	1310	8	16	1330	9	275		
p. 20 j.	s. pas	6	f.	1340	4	11	1900	29	400	foyers anc.	3 acc. éclamptique 40 j. avant l'accou- chement et gardée dans le service comme nourrice albumine stationn.
p. 3 j.	s. pas	9	m.	3340	5	80	3780	10	560		
p. s.	s. 4-6 g.	8	m.	3020	27	30	3070	28	550		
pas	s. tr.	9	f.	3350	7	62	3536	9	580		
pas	s. tr.	9	f.	3110	?	15	3100	11	480		

Suite du

103	1457	2	26	céphalée, essouffement, œdème mem- bres inf. polyurie nocturne	5 gr.	8 j. av. l'acc.
104	1581	1	20		?	pas
105	1825	1	26	œdème membres inf. bouffissure de la face.	?	pas
106	1832	1	22	céphalée frontale, œdème des malléoles	?	pas
1894						
107	1	2	28		1 gr.	8 dern. j.
108	87	2	36	métrorrhagie	1 gr.	p. 40 j.
109	570	4	34		oui	du 6 ^e au 8 ^e mois
110	663	2	26	céphalée, douleurs lombaires, œdème membres inf. à partir du 2 ^e mois	?	pas
111	826	1	21	œdème membres inf. céphalée, trou- bles de la vue	7 gr.	les dern. 15 jours
112	960	1	19	id.	?	pas
113	1034	3	33	symptômes atténués dans la grossesse actuelle.	régl. mixte dep. la dern. grossesse absolu dern. 20 j.	
114	1101	2	28	céphalée, œdème membres inf. trou- bles de la vue	0.50	8 dern. j.
115	1167	1	22		?	pas
116	1221	2	25	céphalée, bourdonnement d'oreilles, diplopie	oui	2 dern. mois
117	1403	3	39	œdème des jambes	oui	6 sem. av. acc. p. 12 jours
118	1589	1	22		?	pas
119	1672	1	20		10 gr.	6 dern. j.
120	1681	2	22		5 gr.	2 mois cessé 1 m. av. l'acc.
121	1752	1	22		?	pas
122	1767	1	31	œdème généralisé	7 gr.	8 dern. j.
123	1871	1	26	œdème face et membres inf.	?	pas
124	1894	1	19	éblouissements	?	pas
125	2005	1	28		3 gr.	dern. 20 j.
126	2097	2	40	vomissements graves, céphalée, trou- bles de la vue	oui	pendant 3 semaines
127	2110	4	33		?	pas

Tableau

p. s.	s. 0.30	7	m.	2270	7	28	2730	25	500	f ^s a. et réc.	
p. 20 j.	s. pas	9	f.	3310	3	39	3310	24	540		
p. s.	s. tr.	?	f.	2170	?		2010	12	450	f ^s a. et réc.	
p. 6 j.	s. pas	9	f.	2390	?	15	2300	8	320	foyers anc.	
p. 4 j.	s. pas	8	m.	2390	?	20	2720	9	610		
pas	pas	9	m.	3430	4	42	3760	12	500	foyers anc.	albumin. à la prem. grossesse, a nourri l'enfant pend. 1 1/2 mois
pas	pas	9	f.	3210	7	44	3260	8	650	id.	
p. 12 j.	s. pas	9	f.	2190	8	20	2290	14	800	id. et récents	gr. gemellaire les 2 enfants ont de l'ophtal. guérie le 13 ^e jour
p. 8 j.	s. pas	7	f.	1690	12	32	2040	23	390	farcé de f ^s a. q ^s récents	l'enfant tête sa mère dès le 8 ^e jour
p. 6 j.	s. pas	9	f.	2720	11	20	2710	12	360	f ^s anc. et réc.	
p. s.	s. 0.25	8	m.	2280	4	48	2570	8	385	foyers anc.	Albu. aux 2 autres grossesses soignée
p. s.	s. tr.	9	m.	3700	5	63	3860	8	460		
p. s.	s. 0.50	8 1/2	m.	2920	5	55	3290	10	445		
p. 5 j.	s. pas	8 1/2	m.	2800	7	33	2860	9	930		gr. gemellaire
pas	pas	6 1/2	f.	1850	6	45	2210	13	440	f ^s anc. et réc.	plusieurs accès éclampt. av. l'acc.
p. s.	s. 1 g.	9	m.	3820	4	67	4170	10	580		
p. s.	s. tr.	7 1/2	m.	1900	7	15	2060	19	440		
pas	pas	8 1/2	m.	3280	5	33	3730	19	650		
p. s.	s. tr.	9	f.	2830	5	48	3310	15	575		
p. s.	s. tr.	8	f.	1900	11	25	2170	21	430		
p. 12 j.	s. pas	9	m.	2650	9	48	3020	16	440		
p. 9 j.	s. pas	8 1/2	f.	2200	7	38	2330	10	430	f ^s de tous les âges	
p. s.	s. tr.	8 1/2	m.	2700	5	15	2730	10	450		
p. 15 j.	s. pas	9	m.	3050	16	11	3050	16	430		1 acc. éclampt. le lendemain de l'acc.
p. 8 j.	s. pas	8	m.	2120	5	20	2250	11	330		

Suite du

128	2125	1	17		?	pas
1895						
129	95	2	32		?	pas
130	121	1	17	métrorrhagie (1 litre de sang) au 5 ^e mois	?	pas
131	272	6	36	à partir du 3 ^e mois dyspnée, céphalée, troubles de la vue	?	pas
132	281	1	17		?	pas
133	368	1	27		?	pas
134	377	1	22		?	pas
135	403	1	21	dans le dernier mois œdème jambes et paupières, céphalée, douleur épigastrique, bourdonn. d'oreil. troubles vue id.	?	pas
136	531	1	25		oui	3 dern. semaines
137	594	3	29	œdème membres inf. petites lèvres, céphalée	oui	2 j. av. l'acc.
138	738	2	28		?	pas
139	837	2	25		2 gr.	10 j. av. l'acc.
140	849	2	29	2 mois av. œdème jambes 10 j. av. tr. vue, céphalée	8 gr.	dernière semaine
141	1153	2	35			
142	1301	4	29	dernier mois, dyspnée, céphalée, tr. vue, bruit de galop.	oui	dernière semaine
143	1434	1	18		?	pas
144	1497	3	36		2.50 gr.	der. mois
145	1798	1	35	œdème généralisé	oui	2 derniers mois
146	1816	1	23	œdème membres inf. et de la face	?	pas
147	1906	1	25	céphalée	?	pas
148	1934	1	23		?	pas
149	1969	1	21	étourdissements, céphalée, œdème des jambes	?	pas
150	2012	1	25		?	pas
151	2033	3	32	dans les derniers jours cécité presque complète, douleur épig., céphalée intense œdème généralisé	quantité énorme	4 dern. j.
152	2059	3	35		?	pas

Tableau

p. 6 j.	s. pas	9	f.	2300	1	15	2450	10	380		1 acc. écl. pendan l'expuls, enf. né en état de mort appar.
p. s.	s. tr.	8	m.	2520	?	25	2470	25	540		
p. 6 j.	s. pas	9	f.	2670	5	52	2830	8	470	foyers anc.	
p. s.	p. 0.25	9	m.	3040	?		2940	11	425		
p. 6 j.	s. pas	?	m.	3310	5	13	3400	17	450		2 accès éclampt. la veille de l'acc.
p. s.	s. tr.	9	f.	2980	5	55	3450	13	450	foyers anc.	
p. s.	s. tr.	9	m.	3000	6	58	3130	8	460	q ^s foyers	
p. s.	s. tr.	7 1/2	f.	1510	7	24	2050	28	375	f ^s anc. et réc.	accès éclamptique après la délivrance
p. 4 j.	s. pas	9	f.	2660	6	45	2810	9	420	foyers anc.	
p. s.	s. 0.75	8 1/2	m.	2360	10	28	2930	28	375		albumine stationn.
p. s.	s. tr.	8	f.	3270	4	43	2500	9	400		albuminurique à la 1 ^{re} grossesse
p. s.	s. 0.50	9	f.	2330	4	56	2760	11	400		
p. 6 j.	s. pas	8 1/2	m.	1830	3	39	2040	9	310	f ^s anc. et réc.	
p. 1 m.	s. pas	8	f.	2070	7	34	3870	59	350		phlébite
p. s.	s. 1 g.	8	m.	1750	5	23	2250	28	800	foyers	gr. gemellaire l'enfant reçoit né, albumine stationn.
p. s.	s. pas	9	f.	2360	4	42	2550	8	410	foyers anc.	
p. s.	s. 2.50	9	f.	2910	4	20	3200	12	560	foyers	l'albumine aug.
p. s.	s. tr.	8	m.	1750	9	30	1800	9	350	foyers anc.	
p. 10 j.	s. tr.	7	m.	2340	12	33	2340	12	800		gr. gemellaire
p. s.	s. 2.50	9	f.	2050	6	33	2250	12	450	foyers anc.	l'albumine aug.
p. s.	s. pas	?	m.	1550	6	45	1800	11	335	foyers anc.	
p. s.	s. 0.75	9	m.	3300	?		3150	11	520		
p. 18 j.	s. pas	9	f.	2800	10	14	2920	21	530		1 accès éclamp. entre l'acc. et la dél.
p. s.	s. pas	9	m.	2800	6	32	3220	20	520		
p. 6 j.	s. pas	8	m.	2150	6	40	2240	9	480		

Suite du

1896

153	32	1	24			oui	2 dern. j.
154	515	1	25	dernier mois, œdème des membres inf.		?	pas
155	576	2	27	depuis le début de la grossesse, œdème		?	pas
				membres inf. céphalée			
156	595	1	21	dernier mois, œdème membres inf. vo-		?	pas
				mis. fréquents, polyurie, pollakurie			
157	612	1	26			2 gr.	25 dern.
							ré. mixte
158	758	7	37			1 gr.	der. mois

Tableau

p. s.	s. tr.	9	m.	3310	16	22	3530	23	440	
p. 28 j.	s. pas	9	m.	3000	4	43	4080	29	440	
p. 6 j.	s. pas	9	f.	3930	?	33	3880	8	570	
p. s.	s. 0.50	9	f.	2850	6	51	3120	9	470	
p. s.	s. 1 gr.	8	m.	1650	8	27	1660	9	370	f ^s anc. et réc.
p. s.	s. tr.	9	m.	2050	?	22	2040	8	450	foyers

CONCLUSIONS

1. Les enfants de albuminuriques, nourris par leur mère, se développent et augmentent de poids dans les mêmes proportions que les autres enfants.

2. Les femmes albuminuriques qui allaitent leurs enfants, même en étant au régime lacté absolu, retirent les bénéfices que procurent à toute femme cet acte physiologique, et n'éprouvent pas de retentissements fâcheux ni du côté de l'albuminurie ni du côté de leur état général.

Il s'ensuit :

Que toute femme albuminurique peut et doit allaiter son enfant.

Il n'y a que dans les cas tout-à-fait rares, dans lesquels l'albumine des urines augmente ou reste stationnaire pendant plusieurs semaines. qu'on devrait suspendre l'allaitement.

De même si l'enfant dépérissait, on pourrait essayer une autre nourrice.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

